

Allegato 2

Attestazione del medico curante o altro personale sanitario relativa alla somministrazione/auto-somministrazione di farmaci in orario scolastico

Al Dirigente Scolastico
Della Scuola Secondaria di Primo Grado "G. Mazzini"
Marsala

Il minore nato il,
residente a..... e frequentante codesto Istituto
scolastico è affetto da:

Pertanto **necessita:**

- La somministrazione di farmaci in ambito scolastico.
- La definizione di un piano di assistenza da parte del Distretto socio sanitario.

Le indicazioni per la somministrazione del farmaco sono le seguenti:

- Nome commerciale del/i farmaco/i e principio attivo:
.....
.....
- Modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione)
.....
.....
- Modalità di conservazione del farmaco
.....
- Durata della terapia (fino a diversa comunicazione)
-

È prevista **l'auto-somministrazione** del farmaco indicato da parte dell'alunno **SI** **NO**

Data,

timbro e firma del medico

Recapito in caso di emergenza